

ふりがな		血液型	
名前	男 女	生年月日	S. H 年 月 日生
住所	〒 [][]-[][][][]	T E L	— —
連絡先の住所		連絡先のT E L	— —

ID.No.

※当院に来院されたきつかけをお聞かせください。

該当する項目に○をつけてください。
友人・親戚 に聞いた 他院の医師の紹介、勧め スタッフが知り合い すでにかかりつけ 近所だから
ホームページ(当院の・他の案内)を見て タウンページを見て(電話帳・インターネット) 看板をみて その他()

《主訴》		
《フリー問診》		
来院時の体温	_____ °C	wt _____ kg
発熱		付添 父 祖父母 叔母
咳		
ハナ		
食欲		
嘔吐		
下痢		
腹痛		
睡眠		
機嫌		
※普段罹り付け		
解熱剤 不要・要(坐粉錠 Sy)	他院の処方 無・有	
吐気止め 不要・要(坐粉錠 Sy)		
ひきつけ止め 不要・要(坐粉錠)		
家族歴	家族のかぜ 無・有	
一緒に飲む・薬変更		

禁忌薬剤	既往歴	予防接種
薬物アレルギー ()	突発性発疹 () ()	ポリオ () () B C G ()
その他の情報	りんご病(伝染性紅斑) ()	不活化ポリオ 一回目() 二回目() 三回目() 追加()
アレルギーの原因 (例:卵etc...)	溶連菌感染症 () ()	ロタウイルス 一回目() 二回目() 【三回目()】
()	手足口病 () ()	三種混合
	ヘルペス歯肉口内炎 ()	【1期初回】 【1期追加】 【2期(DT)】
出生時情報	() 川崎病 ()	一回目() 二回目() 三回目() () ()
出生体重(kg)	気管支喘息 ()	MR 1期 () 麻しん () 罹患()
授乳状態	百日咳 ()	MR 2期 () 風しん () 罹患()
(母乳・混合・ミルク)	喘息様気管支炎 ()	おたふくかぜ () 罹患() 水痘 () 罹患()
	食物アレルギー ()	日本脳炎
生活習慣	アトピー性皮膚炎 ()	【1期初回】 【1期追加】 【2期】
学校・幼・保名	アレルギー性鼻炎 ()	一回目() 二回目() () ()
()	ひきつけ熱(°C) (才)	Hibワクチン 一回目() 二回目() 三回目() 追加()
クラス()	(回)	肺炎球菌 一回目() 二回目() 三回目() 追加()
	家族の喫煙 () ()	子宮頸がん 一回目() 二回目() 三回目()
	その他 ()	H B () () ()